　 　　　報告日: 令和　　年　　月　　日

米沢市立病院　御中

|  |
| --- |
| **【注意】このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。**  **疑義照会は通常通り院外処方箋疑義照会票で行ってください。**  **未記載項目があるものは無効です。必ず全て記載してください。** |

**院外処方せんにおける問い合せ簡素化プロトコル報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局名称 |  | 保険薬局薬剤師 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| 患者ID | 男・女 | 処方箋交付日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 患者氏名 |  | 処方医（診療科） | （　　　　） |

・簡素化プロトコルに基づき変更調剤を行い、薬剤を交付いたしました。下記の通りご報告

いたしますのでご高配賜りますようお願い申し上げます。

変更内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | □1.同一成分の銘柄変更 | □2.剤形変更 |
| □3.複数規格の医薬品の規格変更 | □4.外用剤の用量規格の変更 |
| □5.半割、粉砕、混合とその逆 | □6.一包化 |
| □7.残薬調整（理由を記載すること） | □8.外用剤等用法の口頭指示 |
| □9.日数適正化 | □10.添付文書上による用法変更 |
| 残薬が生じた理由 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 変更前 | ⇒ | 変更後 |
|  |  | ⇒ |  |
|  |  | ⇒ |  |
|  |  | ⇒ |  |
|  |  | ⇒ |  |
|  |  | ⇒ |  |
|  |  | ⇒ |  |
| 備考 | | | |

FAX : 米沢市立病院薬剤部　0238-21-1303